

Anmeldeformular Tagesklinik

Name* Vorname*

Strasse* Ort*

Geburtsdatum* Heimatort*

In Dübendorf wohnhaft seit (Schriften hinterlegt auf der Gemeinde)*:

Zivilstand* Konfession

Telefon* AHV-Nr.* 756.

E-Mail-Adresse

EL-Bezüger*: Ja Nein (siehe Taxordnung 7.2)

im gleichen Haushalt lebende Angehörige

Arzt* (Hausarzt).....

Spez. Arzt (z.B. Psychiater, Neurologe).....

Krankenkasse Grundversicherung KVG*

Versicherungs-Nr.*: Versichertenkarten-Nr.*: 807.....

Gültigkeit der Krankenkassenkarte*: bds. Kopie der Krankenkassenkarte beiliegend

Name, Adresse und Tel-Nr. und E-Mail-Adresse der **Angehörigen**:

.....

.....

Name, Adresse und Tel-Nr. der **1. Kontaktperson***:

.....

Name, Adresse und Tel-Nr. der **1. Kontaktperson in finanziellen Belangen*** (Gesetzgebung):

.....

Name, Adresse und Tel-Nr. des **Rechnungsempfängers***:

.....

Bemerkungen, Besonderes:

* = Pflichtfelder

Wie oft möchten Sie die Tagesklinik besuchen?

..... Tag(e) pro Woche

jeweils am

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Wie wird der Transport organisiert?

selbst durch Angehörige Fahrdienst

Nehmen Sie eine der folgenden Dienste in Anspruch?

<input type="checkbox"/> Spitex	Kontaktperson
	Telefon
<input type="checkbox"/> Hauspflege	Kontaktperson
	Telefon
<input type="checkbox"/> Andere	Kontaktperson
	Telefon

wie oft?

.....
.....

Bemerkungen / Besonderes / Wünsche

.....
.....
.....
.....
.....

Ort / Datum Unterschrift:

Bestätigung Tagesklinik

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Eintritt ab:

Unterschrift: